

症例報告

胆嚢ポリープ術前精査中に急性胆嚢炎を発症し、
腹腔鏡下胆嚢摘出術後に胆嚢癌と診断された1例

多根総合病院 外科

大 竹 弘 泰	細 田 洋 平	福 田 雄 介	今 中 孝
實 近 侑 亮	小 澤 慎太郎	林 田 一 真	加 藤 弘 記
森 琢 児	小 川 稔	小 川 淳 宏	上 村 佳 央
西 敏 夫	丹 羽 英 記		

要 旨

症例は51歳、男性。以前より健診で胆嚢ポリープ（直近の健診で9 mm大）を指摘されていた。心窩部痛を主訴に当院を受診し、胆嚢腫大および炎症反応の上昇を認め急性胆嚢炎（軽症）と診断し、腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。切除標本では胆嚢体部に約5 mm大のポリープを認め、病理組織学的検査ではポリープの頭部に中分化型腺癌を認めた。腺癌は粘膜固有層へ浸潤していたものの、ポリープ茎部への浸潤はなく、粘膜筋板以下には達していなかった。術後経過は良好であった。胆道癌診療ガイドライン（改訂第3版）では6 mm以下の胆嚢ポリープに関しては胆嚢摘出は推奨されていない。また胆嚢ポリープのサイズが10 mm以上、広基性、増大傾向があれば胆嚢癌を疑うべきとされる。胆嚢癌を疑う症例には原則として開腹手術を行うことを提案すると記載されているが、T1-T3の偶発胆嚢癌症例で初回手術アプローチ法（腹腔鏡、開腹、開腹移行）での予後に差がないとされる。また、急性胆嚢炎・胆嚢炎診療ガイドライン2018（以下、TG18）では急性胆嚢炎（軽症）に対しては早期の腹腔鏡下胆嚢摘出術が推奨される。今回、われわれは術前9 mm大の有茎性胆嚢ポリープ精査中で胆嚢癌は完全に否定できない急性胆嚢炎（軽症）患者に腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行し、術後に胆嚢癌と診断された症例を経験した。術後2年2か月を経過して無再発生存中である。6 mm以上10 mm未満の胆嚢ポリープを有する急性胆嚢炎（軽症）の治療方針として腹腔鏡下胆嚢摘出術は一つの選択肢となり得ると考えられた。

Key words：胆嚢ポリープ；胆嚢癌；急性胆嚢炎

は じ め に

胆道癌診療ガイドライン改訂第3版¹⁾には胆嚢ポリープについてサイズが10 mm以上、広基性、増大傾向があれば胆嚢癌を疑うべきとされる。胆嚢癌を疑う症例には原則として開腹手術を行うことを提案すると記載されているが、T1-T3の偶発胆嚢癌症例で初回手術アプローチ法（腹腔鏡、開腹、開腹移行）での予後には差がない²⁾とされる。

また、TG18³⁾では急性胆嚢炎（軽症）に対しては早期の腹腔鏡下胆嚢摘出術が推奨される。

胆嚢癌の可能性を否定できない9 mm大の胆嚢ポリープを有する急性胆嚢炎に対する治療には確立された方針は定まっていない。今回われわれは術前に9 mm大の胆嚢ポリープを指摘されていた急性胆嚢炎患者に対し、腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行し、良好な結果を得たため報告する。



症 例

症例：51歳，男性．

主訴：心窩部痛．

現病歴：以前より健康診断で胆嚢ポリープ（9 mm 大）を指摘されていた．心窩部痛を主訴に当院を受診した．

併存症：高血圧，脂質異常症．

内服歴：アムロジピンベシル酸塩・アトルバスタチンカルシウム，トリクロルメチアジド．

嗜好歴：飲酒なし，喫煙なし．

現症：身長 162.0 cm，体重 70.0 kg．意識清明，体温 37.7℃，血圧 130/70 mmHg，脈拍 103/分，SpO₂ 99% (room air)，呼吸数 16/分，腹部は平坦軟，Murphy 徴候陽性．

来院時血液検査：WBC 16,600/ μ l, RBC 514 万/ μ l, PLT 24.7 万/ μ l, AST 19U/l, ALT 38U/l, LDH 204 U/l, T-Bil 1.5 mg/dl, D-Bil 0.4 mg/dl, TP 7.1 g/dl, Alb 4.8 g/dl, ChE 360U/l, ALP 70U/l, γ -GTP 56U/l, UA 6.8 mg/dl, CPK 136zU/l, CRP 3.12 mg/dl, BUN 16.1 mg/dl, Cre 0.89 mg/dl, Na 141 mEq/l, K 3.6 mEq/l, Cl 103 mEq/l, Ca 9.5 mg/dl, PT 11.5 秒(104.2%), PT(INR) 0.98, APTT 25.7 秒, Glu 96 mg/dl, CEA<1.7ng/ml, CA19-9 13.4U/ml.

胸部レントゲン：異常なし．

胸腹部単純 CT 検査：胆嚢腫大を認め，胆嚢周囲に脂肪組織濃度上昇を認めた（図 1 矢印）．胆嚢頸部に胆石の嵌頓を認めた（図 1 矢頭）．胆嚢内隆起病変は指摘できなかった．気腫性胆嚢炎や胆嚢周囲膿瘍，肝膿

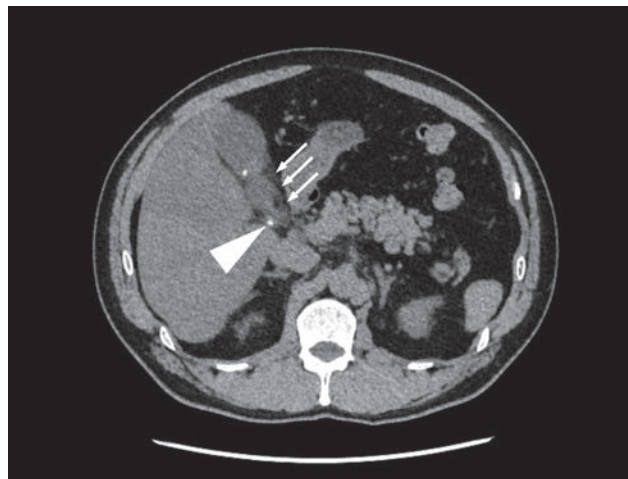


図 1 腹部 CT 冠状断
胆嚢腫大，胆嚢周囲に脂肪組織濃度上昇を認め（矢印），胆嚢頸部に胆石の嵌頓を認めた（矢頭）．

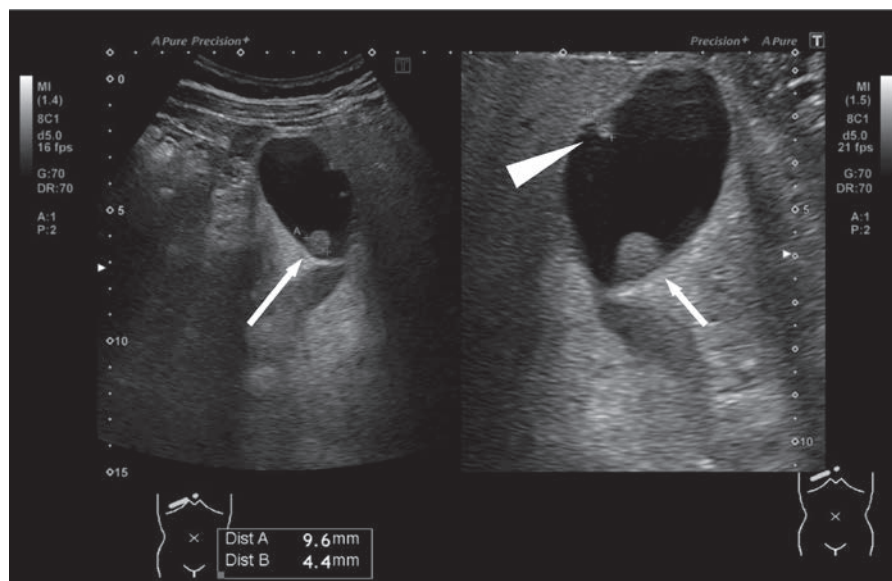


図 2 腹部エコー検査
可動性のある 10 mm 大の結石疑う高吸収域（矢印），肝床部側に 4 mm 大の有茎性腺腫疑う病変（矢頭）を認めた．

瘍を疑う所見は認めなかった。総胆管の拡張や総胆管結石も認めなかった。

腹部エコー検査：胆嚢内に結石を疑う可動性のある10 mm 大の高吸収域を認め、音響陰影を伴っていた。胆嚢の肝床部側に4 mm 大の有茎性ポリープを疑う病変を認める（図2）。

入院後経過：心窩部痛と炎症反応上昇、胆嚢腫大を認めたことから急性胆嚢炎（軽症）と診断し、受診同日に腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。術中胆嚢エコーでは、10 mm 大のポリープを胆嚢体部肝床部側に認めた（図3）。切除標本には胆嚢体部に約5 mm 大のポリープ（図4）を認めた（ホルマリン固定後）。病

理組織学的検査ではポリープの頭部に中分化型腺癌を認めた。腺癌は粘膜固有層へ浸潤していたものの、ポリープ茎部への浸潤はなく、粘膜筋板以下には達していなかった。術後経過は良好であり、第6病日に退院とした。病理診断として胆嚢癌 pT1aN0M0 pStage I Aであったことから、追加切除は行わずフォローしており、術後2年2か月を経過して再発は認めていない。

病理組織学的所見（図5）：胆嚢体部，Gb，単発，5×5 mm，乳頭膨張型，mod，0-Ip，pT1a(M)，pPV0，pA0，Ly0，V0，Pn0，pNX，p-Stage IA，pCM0，pEM0，pR0⁴⁾。

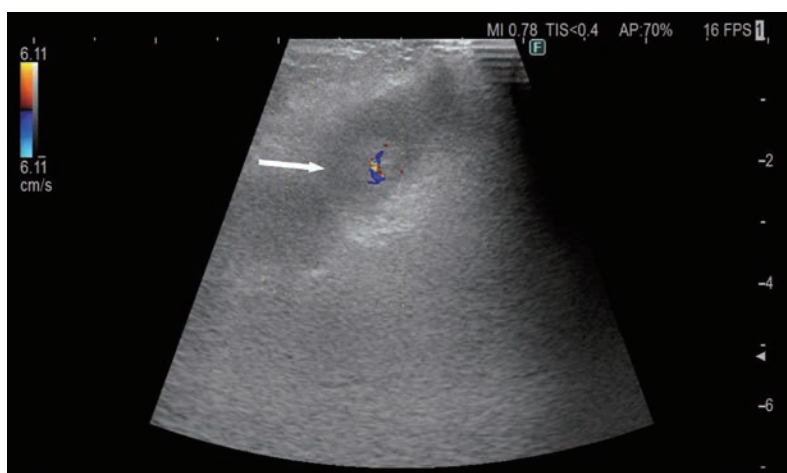


図3 術中エコー検査〈電子版カラー掲載〉
血流を伴う10 mm 大の胆嚢ポリープ(矢印)を胆嚢体部肝床部側に認めた。

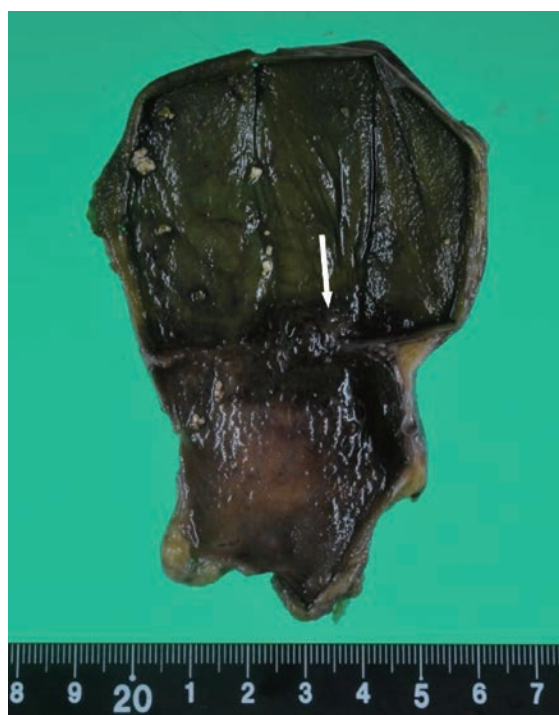


図4 切除標本〈電子版カラー掲載〉
胆嚢体部に約5 mm 大のポリープ(矢印)を認めた(ホルマリン固定後)。

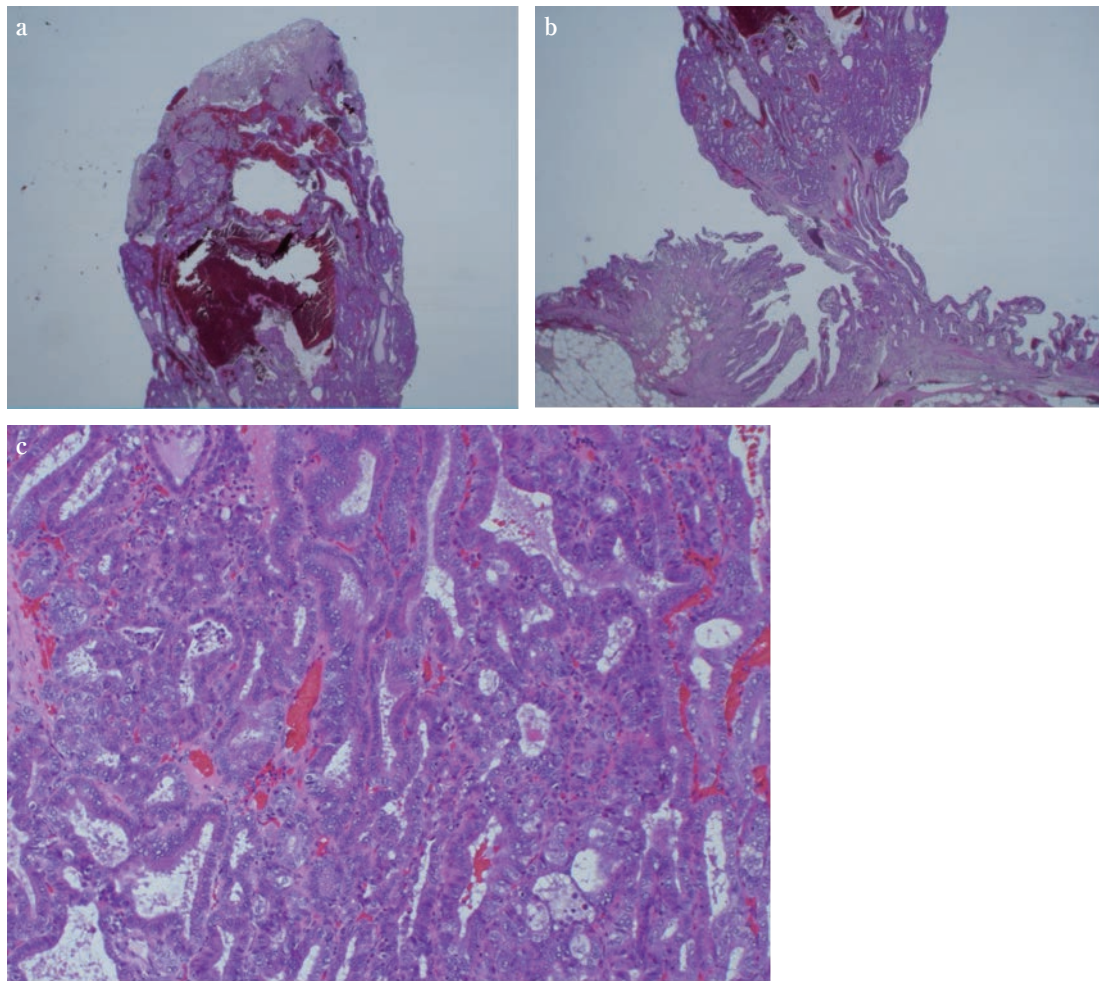


図5 病理組織学的所見〈電子版カラー掲載〉

- a : ポリープ頭部弱拡大 (HE 染色×12.5) 腺癌細胞を認め、炎症細胞の浸潤および出血も伴う。
 b : ポリープ茎部弱拡大 (HE 染色×12.5) 腫瘍細胞は粘膜固有層に達するが、粘膜筋板以下には達しない。
 c : ポリープ頭部強拡大 (HE 染色×100) 中分化腺癌(mod)を認めた。

考 察

本症例は以前から健診で9 mm 大の胆嚢ポリープを指摘されていた患者に急性胆嚢炎(軽症)を発症したものである。10 mm 以下の胆嚢ポリープを経過観察した症例では癌化症例は見られず、長期経過観察は不要とされる⁵⁾が、本症例では癌の可能性を示唆する所見について精査はされていなかった。胆嚢ポリープ精査前に急性胆嚢炎(軽症)を認めた場合の治療方針は明確にされておらず、悪性腫瘍を疑う場合に準じて開腹下胆嚢摘出術を施行するか、腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した後に必要があれば二期的手術を行うかは明確な基準は存在しない。岡庭⁶⁾や仲野⁷⁾は10 mm 未満の胆嚢ポリープでは癌病変が存在してもM癌もしくはMP癌の可能性が高いと報告しており、岡庭は有茎性ポリープであれば癌が存在してもM癌であるとも報告している⁶⁾。胆道癌診療ガイドライン¹⁾では術後病理学的検査でSS以深の胆嚢癌を認めれば追加

切除を推奨しているが、MPまでの胆嚢癌の場合には追加切除は推奨されていない。本症例では二期的手術となる可能性は高くないものと考えられ、TG18³⁾に則り急性胆嚢炎(軽症)に対して腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。術後病理学的検査では先述の通りM癌であった。追加切除は行わず、術後2年2か月を経過して無再発経過中である。

医中誌にて「胆嚢ポリープ 急性胆嚢炎」を検索語(会議録を除く)とした場合、44件の文献が該当し、PubMedでも「acute cholecystitis Polyps」を検索語とした場合に114件の文献が該当したが、われわれが検索した限りでは、6 mm以上10 mm未満の胆嚢ポリープを有する患者に急性胆嚢炎をきたした場合に対しての術式に言及した論文はみられなかった。このような場合には手術を選択するか、抗生剤加療を選択し、急性胆嚢炎治癒後に胆嚢ポリープを精査するか、その選択に明確な基準が存在しない。手術を選択する場合にも腹腔鏡を用いるか、開腹手術とするかについ

ては術後に胆嚢癌と診断されても、SS以深の胆嚢癌である可能性が低いため、腹腔鏡下胆嚢摘出術を選択した。術後無再発経過中であり、6 mm以上10 mm未満の胆嚢ポリープを有する急性胆嚢炎（軽症）の治療方針として腹腔鏡下胆嚢摘出術は一つの選択肢となり得ると考えられた。

結 語

精査前の9 mm大の胆嚢ポリープを有する患者に急性胆嚢炎（軽症）を発症し、腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行し術後病理学的検査で胆嚢癌と診断された症例を経験した。追加切除は行わず術後無再発経過中であり、6 mm以上10 mm未満の胆嚢ポリープを有する急性胆嚢炎（軽症）の治療方針として腹腔鏡下胆嚢摘出術は一つの選択肢となり得ると考えられた。

文 献

- 1) 日本肝胆膵外科学会胆道癌診療ガイドライン作成委員会編：エビデンスに基づいた胆道癌診療ガイドライン，改訂第3版，医学図書出版，東京，2019

- 2) Goetze TO, Paolucci V : Prognosis of incidental gallbladder carcinoma is not influenced by the primary access technique : analysis of 837 incidental gallbladder carcinomas in the German Registry. Surg Endosc, 27 (8) : 2821-2828, 2013
- 3) 急性胆管炎・胆嚢炎診療ガイドライン改訂出版委員会編：急性胆管炎・胆嚢炎診療ガイドライン 2018，第3版，医学図書出版，東京，2018
- 4) 日本肝胆膵外科学会編：臨床・病理 胆道癌取り扱い規約，第7版，金原出版，東京，2021
- 5) Corwin MT, Siewert B, Sheiman RG, et al : Incidentally detected gallbladder polyps : is follow-up necessary? - Long-term clinical and US analysis of 346 patients. Radiology, 258 (1) : 277-282, 2011
- 6) 岡庭信司：胆嚢癌の超音波診断 カテゴリー分類を活用する。胆道，29 (2) : 226-237, 2015
- 7) 仲野敏彦：超音波による胆嚢癌の早期診断に関する臨床病理学的研究。千葉医誌，64 (1) : 29-35, 1988

Editorial Comment

10 mm 未満の胆嚢ポリープの癌化例は稀であり，多くは経過観察されている。一方，軽症の胆石性胆嚢炎に対しては，ほとんどの場合，腹腔鏡下手術が選択されている。それら2つの病態が偶発的に併存した場合，胆嚢ポリープの精査前に手術加療が必要になることがある。しかし，10 mm 未満の胆嚢ポリープを有する胆石性胆嚢炎に対する術式は定まっておらず，術式選択は各施設・各医師の判断に委ねられているのが

現状であると思われる。本報告では腹腔鏡下手術が選択され，術後無再発経過中であり，貴重な報告である。今後，さらなる症例の蓄積により，術式決定に寄与するエビデンスの構築が必要であると考ええる。

消化器内科
中尾栄祐